

03

## FORMULARZ ZGODY NA LECZENIE Z INFORMACJĄ DLA PACJENTA GUZ WEWNĄTRZCZASZKOWY

Podstawa prawna:

- ustawa z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. Z 2011 r. nr 277 poz. 1634)
- ustawa z dn. 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. Z 2013 r. nr 217)
- ustawa z dn. 6 listopada 2008 roku o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Z 2012 roku nr 159)

Imię ..... Nazwisko .....

PESEL ..... KGD .....

### 1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU

Rozpoznano u Pana/Pani wewnątrzczaszkowy guz zlokalizowany w .....

Po szczegółowej analizie proponujemy zabieg **biopsji guza**.

Celem proponowanej operacji jest uzyskanie materiału do badania histopatologicznego (**jedyna metoda ustalenia pewnego rozpoznania**).

### 2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Obecność blizny, ubytek kości czaszki

### 3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz braku ryzyka. Powikłania mogące wiązać się z tym zabiegiem to:

- wystąpienie nowych lub nasilenie istniejących ubytków neurologicznych (zaburzenia mowy, świadomości, widzenia, niedowład kończyn itp.)
- płynotok z rany operacyjnej wymagający powtórnej operacji
- zakażenie (zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, infekcja dróg oddechowych, ropniak nad- i podtwardówkowy, ropień mózgu i inne)
- padaczka
- zakrzepica żylna i zatorowość płucna
- nieprawidłowe gojenie rany
- krwotok wymagający przetaczania preparatów krwiopochodnych
- wodogłowie

Szpital jest miejscem, gdzie mogą bytować patogeny alarmowe, jak gronkowiec złocisty, acinetobacter, klebsiella, pałeczka okrężnicy i inne. Mimo dochowania ze strony personelu wszelkiej dbałości i staranności istnieje bardzo małe ryzyko zakażenia się tymi drobnoustrojami, co może wiązać się z gorszym gojeniem rany pooperacyjnej, jej ropieniem czy innymi stanami zapalnymi a także długotrwałą antybiotykoterapią.

### 4. ROKOWANIE

Całkowite usunięcie guza nie jest możliwe z powodu swojej lokalizacji. Uzyskanie materiału do badania histopatologicznego pozwoli określić typ guza i podjąć decyzję co do dalszego leczenia (chemioterapia, radioterapia)

Prawdopodobieństwo powodzenia zabiegu w Pana/Pani przypadku oceniamy jako



duże



średnie



ograniczone

**5. ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA:**

**6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY LUB ROZSZERZENIA ZABIEGU W TRAKCIE JEGO TRWANIA**

W czasie operacji możemy stwierdzić istnienie trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie planowanego zabiegu. Prosimy o wyrażenie zgody także i na taką okoliczność. Przy braku tej zgody zabieg musiałby zostać przerwany i ponownie wykonany później, co byłoby dodatkowym obciążeniem dla Pani/Pana zdrowia.

**7. OŚWIADCZENIE PACJENTA**

W pełni rozumiem informacje zawarte w tym formularzu oraz informacje przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi oraz wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie z ..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na powyższe tematy. Znane mi są możliwe powikłania związane z zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z zastrzeżeniami zawartymi w pkt. 5) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu .....

Zgadzam się również na jego ewentualne zmiany lub rozszerzenie, które okażą się niezbędne w trakcie operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....  
Data

.....  
Podpis lekarza

.....  
Podpis pacjenta

Nie zgadzam się na proponowany zabieg. Zostałem poinformowany/poinformowana o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji

.....  
Data

.....  
Podpis lekarza

.....  
Podpis pacjenta